

AUTORIZACION PAGOS POR ACH

Autorizo y solicito a UniVivir Seguros, que los pagos de mi Corporación y/o Persona se depositen en la cuenta CORRIENTE ☐ AHORRO ☐ indicada a continuación:

DATOS DEL PROVEEDOR / CLIENTE	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
No. CÉDULA O RUC	
TELÉFONO	
No. CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO	
No. DE PÓLIZA (SI APLICA)	

DATOS BANCARIOS	
BANCO RECIBIDOR	
NÚMERO DE LA CUENTA	

Firma del Propietario de la Cuenta

Fecha

NOTA: El presente formulario deberá ser entregado a UniVivir Seguros toda vez que el corredor o cliente cambien de cuenta bancaria.